

ОСОБЕННОСТИ ДИСМОТОРИКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БИЛИАРНОЙ ДИСПЕПСИИ, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Гирса В.Н., Немцов Л.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Актуальность синдрома билиарной диспепсии (характеризующегося болью или чувством тяжести в верхнем правом квадранте живота, в сочетании с горечью во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи) обусловлена распространенностью у нас менее 4-5% взрослого населения, экономическими потерями в связи со снижением работоспособности и качества жизни пациентов, затратами на нередко диагностику и лечение [2]. Диспепсия билиарного типа преимущественно связана с первичными или вторичными функциональными расстройствами желчного пузыря и желчевыводящих путей, а также с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Нередко причиной билиарной диспепсии являются различные инфекции и инвазии, в том числе вирусы гепатита (В, С), воздействуя как непосредственно на нервно-мышечный аппарат желчного пузыря и желчных протоков, так и за счет интоксикации [2,3].

Цель работы: уточнить особенности дисмоторики желчного пузыря у больных с синдромом билиарной диспепсии, перенесших ранее вирусный гепатит

Материал и методы исследования: Всего обследовано 323 больных с синдромом билиарной диспепсии, обратившиеся в БСМП г. Витебска (169 мужчин и 154 женщины, средний возраст - $36,64 \pm 12,19$ года).

Обследование включало общий и биохимический анализ крови, исследование на маркеры вирусных гепатитов В и С, ФГДС, УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны. Данные субъективного и объективного обследования оценивались в баллах. Характер опорожнения желчного пузыря оценивали методом динамической эхографии в процессе выполнения пероральной холекинетической пробы с 20,0 г сорбита, растворенного в 100 мл воды. Больные с признаками активного воспалительного процесса в гепатопанкреатодуоденальной зоне, печеночной недостаточности и портальной гипертензии в обследование не включались.

Концентрацию гормонов - кортизол, инсулин, тестостерон, пролактин, T_3 , T_4 , TTH - определяли в плазме крови при помощи радиоиммунологических наборов, выпущенных Институтом Биоорганической Химии (Минск).

О функциональном состоянии вегетативной нервной системы судили по данным спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (Р.М. Басевский, 1984, 2001; Heart rate variability, 1996; А.М. Вейн, 2000) и вопроснику для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна (2000) [1].

Статистическая обработка полученных данных произведена с помощью стандартного пакета программы Statistica 6.0 с применением параметрических и непараметрических критериев (Mann-Whitney U-test, Spearman Rank Order Correlation, Gamma Correlation).

Результаты и обсуждение: В соответствии с целью исследования было сформировано на 2 группы больных. 1-ую группу составили все 58 больных (17,96% от всех обследованных пациентов, 95%ДИ 17,49-18,42%), ранее перенесшие вирусный гепатит по данным анамнеза и обследования на маркеры вирусного гепатитов. Во 2-ую группу включили 66 случайно отобранных больных с билиарной диспепсией, у которых не установлена связь с вирусным гепатитом. Группы больных не различались по возрасту и половому составу.

По данным динамической эхографии нарушения опорожнения желчного пузыря выявлены у 86 больных (69,35%). По распределению типов опорожнения желчного пузыря обе группы больных статистически значимо не различались (табл. 1).

Таблица 1 - Характер опорожнения желчного пузыря у обследованных больных

Характер опорожнения желчного пузыря (%):	1-ая группа (перенесшие ВГ)	2-ая группа	p
нормокинез	30,6	36,4	>0,05
гипокинез	50,0	47,0	
гиперкинез	19,4	16,7	

С помощью метода ранговой корреляции оценивали взаимосвязи характера дисмоторики желчного пузыря и клинико-лабораторных параметров в сравниваемых группах больных с билиарной диспепсией (табл. 2). При билиарной диспепсии, связанной с перенесенным вирусным гепатитом, дисмоторика желчного пузыря в выраженной степени взаимосвязана с субъективной оценкой вегетативной дисфункции по А.М. Вейну, характеризующей когнитивный уровень вегетативной

регуляции, и в умеренной степени взаимосвязана со степенью гепатомегалии и тимоловой пробой, характеризующими поражение печени. При билиарной диспепсии, не связанной с вирусным гепатитом, преобладали умеренные взаимосвязи дисмоторики желчного пузыря и параметрами активности сегментарного уровня вегетативной регуляции. В обеих группах клинические проявления билиарной диспепсии умеренно взаимосвязаны с характером опорожнения желчного пузыря.

Таблица 2 - Взаимосвязи характера дисмоторики желчного пузыря у больных с билиарной диспепсией

1 – ая группа (перенесшие ВГ)		2-ая группа (нет связи с ВГ)	
Показатели	r/p	Показатели	r/p
СВД (по вопроснику А.М. Вейна)	0,82 0,017	Диаметр просвета холедоха	0,43 <0,0005
Характер болевого синдрома	- 0,48 0,005	Диспепсический синдром	-0,46 <0,01
Диспепсический синдром	0,67 0,01	Мочевина крови	0,38 <0,0025
Степень гепатомегалии	-0,41 0,025	Индекс вегетативного напряжения	0,38 <0,01
Тимоловая проба	0,39 <0,05	Среднее квадратичное отклонение чсс	0,36 <0,015
Триодтиронин	-0,32 0,02	Характер болевого синдрома	0,35 <0,01
Пролактин	-0,38 <0,05	Амплитуда моды чсс	0,37 <0,01

Примечание: r – коэффициент ранговой корреляции, p – достоверность нулевой гипотезы, чсс – частота сердечного ритма, СВД – синдром вегетативной дисфункции.

Заключение. У больных с диспепсией билиарного типа, перенесших вирусный гепатит, характер дисмоторики желчного пузыря наиболее взаимосвязан с активностью когнитивного уровня вегетативной регуляции ($r>0,7$, $p<0,05$) и степенью поражения печени ($r>0,4$, $p<0,05$).

Литература:

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
2. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей / И.В.Маев [и др.] – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ – 2003 – 96 с.
3. Changes of gallbladder and gastric dynamics in patients with acute hepatitis A / P. Portincasa [et al] // Eur. J. Clin. Invest – 2001 – Vol. 31, N 7. – P. 617-622.